

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância

Turma 7



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à saúde de usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na UBS Fátima, Parnaíba, PI

Ibrahim Escalona Aguilera

Pelotas, 2015

Ibrahim Escalona Aguilera

Melhoria da atenção à saúde de usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na UBS Fátima, Parnaíba, PI

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Clodoaldo Penha Antoniassi

Pelotas, 2015

A283m Aguilera, Ibrahim Escalona

Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na UBS Fátima, Parnaíba, PI / Ibrahim Escalona Aguilera; Clodoaldo Penha Antoniassi, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

87 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Antoniassi, Clodoaldo Penha, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esta monografia para minha família, especial à minha mãe que sempre esteve ao meu lado no pensamento, um abraço e muitas orações nos momentos de vitória e dificuldades.

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, pelo seu grande amor e presença constante em minha vida.

À meu companheiro virtual e orientador, Clodoaldo Penha Antoniassi, pela paciência e grande ajuda, sem os quais o presente trabalho não teria sido possível.

Aos meus amigos e à família pela força e compreensão.

Enfim a todos que colaboraram para a realização deste trabalho;

Resumo

Ibrahim Escalona Aguilera. **Melhoria da atenção à saúde de usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na UBS Fátima, Parnaíba, PI.** 79f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

As Doenças Crônico-Degenerativas têm assumido importância cada vez maior no elenco de ações programáticas típicas da ação básica em função da modificação da pirâmide populacional e do estilo de vida que levam estas doenças a condições epidêmicas na população brasileira (BRASIL, 2013). Este trabalho teve como objetivo melhorar a saúde de usuários com 20 anos ou mais portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Fatima no município de Parnaíba-PI, cadastradas no programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da unidade. A intervenção foi estruturada em um período de 12 semanas, seguindo um cronograma pré-estabelecido. Para o alcance dos objetivos e metas foram elaboradas ações nos quatro eixos pedagógicos (organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação). Foram adotados como referencial teórico os cadernos de atenção básica: Hipertensão Arterial Sistêmica nº37 e Diabetes Mellitus nº 36, ambos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a) e para as coletas dos dados foram utilizados os prontuários clínicos e as fichas espelhos. A população total da área adscrita é de 785 usuários. No total 158 hipertensos e 44 diabéticos participaram da intervenção, totalizando uma cobertura de 100%. Obtivemos 85,4% dos hipertensos e 86,4% dos diabéticos com exame clínico em dia. Além de 76,6% dos hipertensos e 77,3% dos diabéticos com exames complementares em dia. A intervenção também proporcionou melhorias na atenção primária à saúde no território, mudanças no fluxo, no atendimento, no acesso e na qualidade da assistência à saúde da família. As ações propostas foram incorporadas à rotina da Unidade, sendo um processo linear em busca de atingir as metas e os objetivos propostos que ficaram faltando.

Palavras-chave: hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus; atenção primária à saúde; saúde da família.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico de proporção de hipertensos inscrito no programa na UBS Fátima, Parnaíba, PI, 2015.	54
Figura 2	Gráfico de proporção de diabéticos inscrito no programa na UBS Fátima, Parnaíba, PI, 2015.	54
Figura 3	Gráfico de proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Fátima, Parnaíba, PI, 2015.	55
Figura 4	Gráfico de proporção de diabético com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Fátima, Parnaíba, PI, 2015.	56
Figura 5	Gráfico de proporção de hipertensos com exames complementários em dia de acordo com o protocolo na UBS Fátima, Parnaíba, PI, 2015.	57
Figura 6	Gráfico de proporção diabético com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Fátima, Parnaíba, PI, 2015.	57
Figura 7	Gráfico de proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Fátima, Parnaíba, PI, 2015.	59
Figura 8	Gráfico de proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Fátima, Parnaíba, PI, 2015.	59
Figura 9	Gráfico de proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Fátima, Parnaíba, PI, 2015.	60
Figura 10	Gráfico de proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Fátima, Parnaíba, PI, 2015.	61
Figura 11	Gráfico de proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Fátima, Parnaíba, PI, 2015.	63
Figura 12	Gráfico de proporção diabético com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Fátima, Parnaíba, PI, 2015.	63
Figura 13	Gráfico de proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS Fátima, Parnaíba, PI, 2015.	67

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CMS	Conselho Municipal de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HA	Hipertensão Arterial
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
HEDA	Hospital Estadual Dirceu Arcoverde
MEC	Ministério de Educação e Cultura
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PI	Piauí
PMM	Programa Mais Médicos
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliar

Sumário

Apresentação.....	8
Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS EM	9
1.2 Relatório da Análise Situacional em	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	20
2 Análise Estratégica	21
2.1 Justificativa	21
2.2 Objetivos e metas	23
2.2.1 Objetivo geral	23
2.2.2 Objetivos específicos.....	23
2.3 Metodologia	23
2.3.1 Detalhamento das ações	25
2.3.2 Indicadores.....	40
2.3.3 Logística	48
2.3.4 Cronograma	49
3 Relatório da Intervenção	50
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	50
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	56
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	56
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	56
4 Avaliação da intervenção	57
4.1 Resultados	57
4.2 Discussão	72
5 Relatório da intervenção para gestores.....	75
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	78
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	80
Referências.....	81
Anexos.....	82

Apresentação

Este volume trata-se de um projeto de intervenção realizado no Município de Parnaíba – PI, que teve o objetivo de melhorar a atenção dos hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais cadastrados na Unidade Básica de Saúde Fátima. O documento apresenta a análise situacional da unidade, a análise estratégica, o projeto de intervenção, a avaliação da intervenção, a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e a implementação da intervenção.

Este volume apresenta tais etapas em seis seções. A primeira está composta pelo Relatório da Análise Situacional, na qual é feito um relato da realidade da atenção básica do município e da unidade alvo deste trabalho; a segunda pela Análise Estratégica – Projeto de Intervenção, na qual é descrito justificativa, objetivos e metodologia do trabalho; a terceira pelo Relatório da Intervenção, onde é realizada uma análise do processo de trabalho, dificuldades encontradas e perspectivas futuras; a quarta pelo Relatório dos Resultados da Intervenção, na qual descrevemos os resultados e os analisamos em uma discussão, além de ser apresentado dois relatórios: um para a comunidade e outro para os gestores. Na quinta seção, é realizada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e implementação da intervenção, e por último, na sexta seção, temos as referências bibliográficas utilizadas no trabalho.

Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Estratégia Saúde da Família (ESF) Fatima, no município de Parnaíba, e considero que meu trabalho é muito importante para o bom funcionamento da UBS/ESF e fundamental para a atenção adequada à população.

A equipe é formada por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma recepcionista, uma secretária, uma faxineira, uma atendente, um segurança e 5 agentes comunitários de saúde. Acho que formamos uma excelente equipe de saúde, com boa relação de trabalho.

Para o bom funcionamento da UBS/ESF é muito importante ter uma UBS com boas condições. É composta por uma recepção, uma sala para reuniões, consultórios climatizados para médico e enfermeira, uma sala de vacina, farmácia, banheiros de funcionários e usuários, uma copa, além de outros ambientes.

Atendemos a uma população urbana de 785 pessoas, sendo 467 do sexo feminino e 318 do sexo masculino. As principais doenças são hipertensão arterial (HAS), diabetes mellitus (DM), cardiopatia e colesteronemia. O processo de trabalho da UBS/ESF é de segunda a sexta-feira, no horário das 8 a 12h no turno da manhã com atendimento espontâneo e 2 dias fixos para atendimentos específicos as gestantes e lactantes, doentes crônicos e idosos. Também realizamos exame Papanicolau, vacinação, curativos, entrega de medicamentos. No horário da tarde realizamos visitas domiciliares em dois dias.

Ainda temos que continuar o trabalho para o retorno do maior número de usuários para seu seguimento. Também cadastrar mais gestantes e puérperas. Outra Outra dificuldade é a carência de odontólogo e auxiliar de saúde bucal, o que dificulta a boa saúde bucal.

Mesmo com estas dificuldades, considero muito bom o trabalho. Sempre realizamos nosso trabalho em equipe, com reuniões mensais para planejamentos e avaliação das atividades e ações da equipe. Temos contato permanente, busca ativa dos usuários e suas famílias para acompanhamento ao longo do tempo do processo saúde-doença que os acometem com acolhimento e atendimento humanizado

1.2 Relatório da Análise Situacional

Parnaíba é um município brasileiro do estado do Piauí. Possuindo uma população de 148.832 habitantes (estimativa do IBGE - 2014), sendo 136.925 urbana e 11.907 rural, é dessa forma o segundo município mais populoso do estado, perdendo apenas para a capital Teresina, que fica a 336 km. É um dos quatro municípios litorâneos do Piauí (além de Ilha Grande, Luís Correia e Cajueiro da Praia). Além das belezas naturais, Parnaíba apresenta um grande valor histórico para o Piauí, apresentando principalmente nas proximidades do Porto das Barcas inúmeros imóveis históricos que traduzem a importância de Parnaíba, chegando naquela época a ser mais importante do que a ex-capital Oeiras e tendo até mesmo referências na Europa.

O município tem Gestão Plena da Assistência e é Sede de Microrregião e Macrorregião de Saúde da Planície Litorânea. É a base Descentralizada do SAMU 192 de referência da Macrorregião de Saúde e da Central de Regulação Regional.

Na saúde, Parnaíba tem a maior rede de clínicas e hospitais do norte piauiense. Apesar da grande importância na região, o município sofre ainda com falta de infraestrutura pública hospitalar. Têm 39 UBS, 9 tradicionais e 30 ESF. Os principais centros de saúde da cidade são, na rede pública: hospital Ns^a de Fátima, maternidade Marques Bastos, Santa Casa de Misericórdia, com destaque Hospital Estadual Dirceu Arcoverde - HEDA, maior na região, e na rede particular: Pro Médica, Hospital de olhos Assis Costa, Clínica Diagnóstico, entre outras. Temos disponibilidade de NASF só em 10 UBS. A população tem disponibilidade de

exames complementares, mas não consegue fazer em tempo adequado, principalmente os exames de Ultrassonografia, Tomografia e Ressonância, como também nas consultas especializadas. Temos disponibilidade também de um CEO municipal. Minha UBS não recebe apoio de nenhum NASF.

Eu trabalho no Módulo 38, chamado Bairro Fatima, é urbano, está composta por médico, enfermeira, técnica de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. Unidade é composta por uma equipe. O modelo de atenção é ESF. Não existe parceria com nenhuma instituição de ensino.

A UBS tem boa estrutura, não tem barreiras arquitetônicas e foi reformada. Tem uma boa iluminação, está em funcionamento há 14 meses. Não oferece atendimento à população nos fins de semana, existe área geográfica de abrangência definida, tem mapa da área geográfica de abrangência do serviço, o ano da última atualização do mapa da área geográfica de abrangência foi em 2013. Em torno de 15 pessoas podem acomodarem-se na sala de espera. Existe uma sala de vacina, uma sala para Farmácia e/ou armazenamento de medicamentos. Não temos sala de nebulização nem consultório odontológico. Para usuários com deficiência física o acesso não é difícil, pois não há presença de barreiras arquitetônicas. Os usuários que precisam de outros serviços são encaminhados ao hospital onde são avaliados e seguem protocolos. Fazemos um trabalho em equipe para oferecer um melhor atendimento à população e melhorar a saúde de nosso bairro. A população participa na solução dos problemas que a eles atingem e juntos trabalhamos para combater as doenças.

.O aumento de número de médicos, o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), multiplicou os médicos que se encontravam atendendo antes no Município) criou uma nova dificuldade, já que a logística não foi feita, especialmente no que diz respeito ao gerenciamento de insumos, acesso a atenção 2ª e 3ª, pois se antes não havia quem examinasse e prescrevesse, agora há, e é extremamente necessário que seja ofertado o seguimento de tratamento. Os principais serviços oferecidos são consultas médicas pelo médico e enfermeira, curativos, imunizações, encaminhamentos para especialidades, entrega de medicação básica, atendimento aos usuários através do programa de hipertensos e/ou diabéticos, assistência pré-natal, prevenção e rastreamento precoce do câncer do colo uterino e de mama,

atendimento a idosos e visitas domiciliares. Estas reflexões devem ser compartilhadas com a equipe e gestão, na busca de soluções viáveis e plausíveis. A consulta com as especialidades demoram muito, o que prejudica o usuário para um melhor atendimento. Na nossa UBS, temos boa parte dos insumos, mas ainda falta estruturar algumas áreas, por vezes temos falta de alguns materiais, mas a equipe tenta solucionar e o Secretário de Saúde tem disponibilidade para dialogar.

Também estão presente dificuldades com outros materiais, como livros, notebooks, o que dificulta o nosso trabalho. Os profissionais participam ativamente nas diferentes atividades, que ocorrem na UBS, nas comunidades. Realizamos o mapeamento da área de atuação da equipe, identificamos os grupos expostos a riscos, famílias e indivíduos expostos a riscos (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Hanseníase), além de buscar apoio das redes sociais, como grupo de mães, grupos de idosos e associação de moradores. Realizamos atendimento a demanda por problema de saúde agudo no menor tempo possível e se necessário são encaminhado. Não temos excesso de demanda de atendimento no dia.

A população total na area é de 785, sendo 467 do sexo feminino e 318 do sexo masculino, dentre estas temos:

❖ Mulheres em idade fértil (10-49 anos)	255
❖ Mulheres entre 25 e 64 anos	185
❖ Mulheres entre 50 e 69 anos	55
❖ Gestantes na área - 1,5% da população total	5
❖ Menores de 1 ano	12
❖ Menores de 5 anos	22
❖ Pessoas de 5 a 14 anos	147
❖ Pessoas de 15 a 59 anos	493
❖ Pessoas com 60 anos ou mais	84

❖ Pessoas entre 20 e 59 anos	417
❖ Pessoas com 20 anos ou mais	501
❖ Pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão	157
❖ Pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes	44

UBS Fatima por ser uma população pequena, a equipe consegue exercer suas funções, ou seja, o tamanho do serviço (estrutura e equipe) é adequado para o tamanho da área adstrita.

A demanda espontânea é um dos principais temas nas reuniões de equipe, onde o acolhimento é realizado por todos os integrantes, a mesma não precisa de horário específico para ser feito, começa na recepção onde o usuário recebe todas as informações correspondentes e recebe também uma classificação de acordo a sua prioridade.

Passamos por situações em que a demanda espontânea poderia ser o diferencial no que se refere a uma saúde preventiva e atenção primária de qualidade, mas que por diversos motivos, tornam o acolhimento muitas vezes o causador de alguns obstáculos dentro das equipes ou na relação usuário-profissional. Isso ocorre por alguns profissionais que não realizam o acolhimento da forma como deveria ser e também devido a incompreensão por parte de alguns usuários em não aceitar uma classificação por prioridades de atendimentos, como obter um fluxo dinâmico dentro das UBS e os encaminhamentos para outros níveis de atenção.

Também, nas reuniões de equipe devem ser enfatizados alguns aspectos importantes, que eu acredito que melhorariam o trabalho como: conhecer o que são doenças agudas, qual é a diferencia entre urgência medica e doença aguda e as causas mais frequentes de demandas espontâneas da semana. Pela população pequena, não tem excesso de demanda espontânea e pouca filas para consulta, as consultas são 15 planejadas por dia e depois as demandas espontâneas, que não são muitas .

Em relação ao pré-natal, os atendimentos são alternados entre médico e enfermeiro para assegurar um controle de qualidade na atenção pré-natal e puerpério. Na captação, temos dificuldades porque não é realizada cedo e que geralmente as usuárias não vêm a todas as consultas programadas e muitas vezes, as que vêm, não voltam ao Posto de Saúde. Realizamos um exame físico adequado e integral, uma boa avaliação de risco, também as gestantes que apresentam alguma doença aguda são recebidas e avaliadas na UBS. Existe problema quando é necessário encaminhar a gestante para um serviço especializado, pois na maioria das vezes não se oferece o serviço adequado. O programa da Rede Cegonha está muito devagar. Não temos excesso de demanda das gestantes para atendimento por problemas agudos. As principais ações são desenvolvidas pelo médico, enfermeira e técnica de enfermeira como cuidado as gestantes, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos, imunizações, planejamento familiar, aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, atividade físicas e saúde mental.

Também utilizamos protocolos para avaliação e classificação de risco gestacional, para regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde, são também utilizado para encaminhamento das especialidades, para internação hospitalar e serviços e atendimento de pronto-atendimento. Os protocolos foram produzidos pelo secretário municipal de saúde em 2012. Os atendimentos às gestantes são registrados nos prontuários clínicos e formulário especial do pré-natal. Temos arquivo específico para os registros dos atendimentos às gestantes e costuma ser revisado periodicamente para verificar gestantes faltosas, completude de registros, identificar gestantes em DPP (Data Probable de Parto), para identificar gestantes de risco, os registros são revisados pelo médico, enfermeira e técnica de enfermagem. Por não contar com equipe de saúde bucal não realizamos diagnóstico e tratamentos de problemas de saúde bucal, mas fazemos atividade de promoção da saúde bucal. As gestantes são encaminhadas a outra UBS.

Na UBS Fátima, solicitamos o cartão de pré-natal nos atendimentos e preenchemos com as informações atuais das gestantes, também os profissionais de saúde conversam com a gestante sobre as dicas de alimentação saudável, explicam o significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso do cartão de pré-natal. Realizamos atividades com grupo de gestantes e são realizadas no

âmbito da UBS, participam médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem, são realizadas mensalmente envolvendo todas as gestantes. Realizamos planejamento, gestão e coordenação do programa de pré-natal, e realizamos avaliação e monitoramento com frequência mensal. Temos dificuldades com avaliação de algumas gestantes, sobretudo, quando tem problemas agudos de saúde, por falta do médico e o déficit de leito obstétrico hospitalar, há uma demora em poder fazer exame de ultrassonografia em muitas ocasiões as grávidas retornam para a Unidade pela próxima consulta e ainda as ultrassonografias não são recebidas em tempo adequado.

Temos estimado para área 11 gestantes, mas temos apenas 5 em acompanhamento. Destas, 2 gestantes iniciaram o pré-natal no 1º Trimestre, ou seja, 40%. Todas estão com consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde, 100%. Assim como todas receberam solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados, vacina antitetânica e vacina contra hepatite B conforme protocolo, prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo e exame ginecológico por trimestre, totalizando 100%. Somente 4 gestantes receberam avaliação de saúde bucal (como o serviço de saúde não tem equipe de odontologia, os usuários são encaminhado para a UBS mais perto, onde tem equipe de odontologia).

Em relação a saúde da criança, os atendimentos das crianças são uma vez por semana. Considero consultas de puericultura muito importante, já que através delas pode-se monitorar a criança no desenvolvimento psicomotor, identificar fatores de risco que podem apresentar a criança, aconselhar as mães sobre a alimentação que deve ser introduzida e esclarecer dúvidas a mãe. Não existem crianças fora da área de cobertura. Participam do atendimento de puericultura em na UBS de Fatima, a enfermeira e Médico clínico geral, após a consulta de puericultura, a criança sai da UBS com a próxima consulta programada agendada. Além das consultas programadas de puericultura, existe demanda de crianças de até 72 meses de idade para atendimento de problemas de saúde agudo, não existe excesso de demanda de crianças de até 72 meses de idade para atendimento de problemas de saúde agudo. Os profissionais utilizam classificação para identificar crianças de alto risco. Utilizamos a classificação para identificar as crianças de alto risco e os protocolos para regular o acesso das crianças a outros níveis de sistema de saúde. Existe um

arquivo para os registros dos atendimentos da puericultura realizados por nossa equipe.

Também desenvolvemos estratégias como as visitas domiciliares a todas as crianças menores de cinco anos, atividades educativas com grávidas e mães de lactantes na igreja do bairro, onde fazemos palestras sobre os principais temas que mais afetam o funcionamento dos programas, sobretudo, o materno infantil.

Há 12 crianças menores de um ano cadastradas, todas elas com 100% das vacinas em dia, todos estão dentro do território, que o maior percentual é de classe média, o que é bom, pois todos recebem visitas agendadas, que são realizadas pelo enfermeiro e agente de saúde. Há também 5 grávidas na área, sendo duas de alto risco. Todas as 12 crianças realizaram o teste do pezinho até sete dias, realizaram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, monitoramento do crescimento na última consulta, e estão com orientação para aleitamento materno exclusivo.

Em relação a prevenção e detecção do câncer de colo de útero e de câncer de mama, os profissionais de saúde, orientaram todas as mulheres da área de cobertura para o uso de preservativo em todas as relações sexuais, são realizadas ações que orientem sobre os malefícios do tabagismo. São realizadas ações de educação da mulher para realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino, se realiza a prevenção do câncer do colo uterino através da coleta de exame citopatológico, é realizado apenas às sextas-feiras na manhã. Não existem mulheres fora da área de cobertura que realizam a coleta de exame citopatológico, o qual é realizado pela enfermeira. O médico e a enfermeira aproveitam o contato com as mulheres para verificar a necessidade de realizar prevenção do câncer de colo uterino. A equipe de saúde da UBS realiza atividades com grupos de mulheres, participam das atividades de grupo com mulheres a enfermeira, o médico, os agentes de saúde e a técnica de enfermagem, são realizadas mensalmente e envolve cerca de 15 a 20 mulheres por mês.

Fazemos rastreamento oportuníssimo e rastreamento organizado, já que as usuárias muitas vezes não realizam a consulta programada, temos o protocolo de controle do câncer de mama atualizado, e este é utilizado pelo médico e enfermeira.

Investigamos os fatores de risco para o câncer de mama em todas as mulheres que realizam as ações de rastreamento na UBS.

Em relação ao câncer de mama, na UBS realizam - se ações como: controle do peso corporal das mulheres da área de cobertura; orientar sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool; educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama; rastreamento do câncer de mama (exame clínico de mamas e /ou solicitação de mamografia); realizar rastreamento do câncer de mama todos os dias da semana.

O rastreamento do câncer de mama é realizado pelo Médico e a enfermeira, também aproveitamos o contato com as mulheres para verificar a necessidade de realizar as ações de rastreamento do câncer de mama oportuníssimo e organizado. Para tal são utilizados os protocolos disponibilizados pelo SUS.

Sobre os indicadores para câncer de colo de útero, temos 120 mulheres com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia, 70%. Das mulheres, 50 estão com exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso, 29%. Três mulheres com exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado, 2%. Cento e cinquenta receberam avaliação de risco para câncer de colo de útero, 87%. E com orientação sobre prevenção de CA de colo de útero e sobre DSTs temos 170 (99%) mulheres.

Para o câncer de mama temos um total de 55 mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas para prevenção de câncer de mama, 95%. Mamografia em dia temos 30 mulheres, 55%. Mamografia com mais de 3 meses em atraso 12 mulheres, 50%. Avaliação de risco para câncer de mama temos 50 mulheres, 91%. Orientação sobre prevenção do câncer de mama 55 mulheres, 55%,

Em relação a atenção aos portadores de hipertensão e/ou diabetes, em minha UBS se efetuam ações para os portadores de HAS e/ou DM como: orientação de hábitos alimentares, controle do peso corporal, estímulo à prática regular da atividade física, orientar sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, e os malefícios do tabagismo.

Realizamos atendimento de adultos portadores de HAS e/ou DM um dia da semana, participa a enfermeira e o médico Clínico Geral. Além das consultas programadas para acompanhamento da HAS, existe demanda de adultos para

atendimento de problemas de saúde agudos devido a HAS e/ou DM. São registrados os atendimentos dos adultos com HAS e/ou DM em Prontuário clínico. Temos 158 usuários hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e 45 diabéticos (estimativa do Caderno de Ações Programáticas). O usuário sai da UBS com a próxima consulta agendada. Existe protocolo atualizado de atendimento, para regular o acesso a outros níveis do sistema de saúde para portadores de HAS e/ou DM utilizado pelo médico e enfermeira. Os registros de atendimentos dos adultos com estas doenças são realizados nos prontuários clínicos e utilizamos a classificação para estratificar o risco cardiovascular dos usuários. Existe o Programa de hipertensos e/ou diabéticos do Ministério da Saúde, onde são realizadas atividades de grupos no âmbito da UBS, escolas, igrejas, ou seja, onde participam um número alto de usuários com doença ou algum risco de saúde. No caso da diabetes temos poucos atrasos em consultas e na realização de exame, são orientados todos os meses, na consulta, além das palestras realizadas pela equipe, mensalmente, orientando sobre os cuidados que tem que ter, em relação aos hábitos nutricionais adequados, hábitos de vida saudável e outras, para mudar estilos de vida.

O número estimado de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais residentes na área ainda não parece minha realidade, por isso precisamos trabalhar toda a equipe para fazer uma pesquisa ativa de HAS. Temos que continuar e melhorar as pesquisa a população de 20 anos ou mais, realizar verificação de glicemia em consulta e em visitas domiciliares quando necessário. Participar mais nas atividades das comunidades e ter disponível nas visitas domiciliares veículos para poder chegar a mais usuários, fazendo rastreamento nas comunidades as pessoas com risco de DM, Obesidade e HAS.

O total de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS é de 155 perfazendo 98% de cobertura. Temos 100 (65%) usuários com estratificação de risco cardiovascular por critério. Atraso da consulta agendada em mais de 7 dias temos 76 (49%) usuários, Sessenta (39%) usuários estão com os exames complementares periódicos em dia. Orientação sobre prática de atividade física regular foi fornecido a 100 (65%) usuários. Também 100 (65%) usuários com hipertensão receberam orientação nutricional para alimentação saudável. E 30 (19%) estão com avaliação de saúde bucal em dia.

O total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS é de 98%. Com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico temos 32 (73%) usuários. Com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias temos 23 (52%) usuários. Com exames complementares periódicos em dia temos 20 (15%) usuários. Com exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses temos 32 (73%) usuários. Com orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional temos 32 (73%) usuários.

Em relação à saúde do idoso, na Unidade são atendidos todos os dias da semana, com a próxima consulta programada agendada, existe demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos que são resolvido de forma adequada. Os atendimentos dos idosos são registrados no prontuário clínico. Não temos ainda arquivo específico para os registros dos atendimentos dos idosos.

Diferentes ações são desenvolvidas no cuidado aos idosos, como imunizações, promoção da atividade física, hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos. A Avaliação Geriátrica Global ou Avaliação Geriátrica Ampla ou Avaliação Multidimensional Rápida da pessoa idosa é feita sempre na UBS. Explicamos ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, tais como a HAS, DM e Depressão. Os profissionais de saúde da Unidade, avaliam a Capacidade Funcional Global do idoso por ocasião do exame clínico. As atividades são feitas cada 15 dias e participam um numero grande de idosos.

No âmbito da UBS os profissionais que participam das atividades de grupo de idosos são o enfermeiro, Médico Clínico Geral e técnico de enfermagem.

O Módulo 38, Bairro Fátima, possui profissionais que realizam um trabalho em equipe para oferecer um atendimento adequado à a população e melhorar a saúde da população de nosso bairro. A população participa na solução dos problemas que os atingem e juntos trabalhamos para combater as doenças. Continuamos sem ter uma equipe odontológica, o que nos preocupa, pela má saúde bucal da população.

Temos realizado reuniões com o secretário de saúde para solicitar a formação da equipe de saúde bucal, mas continuamos sem reposta.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

O Relatório permitiu avaliar que a UBS tem boa estrutura, boa iluminação e ventilação, não tem barreira arquitetônica. Conhecer nossa realidade de trabalho e particularidades das necessidades da comunidade, dificuldades que poderiam afetar o funcionamento o serviço de saúde. como não contar com equipe de saúde bucal, disponibilidade de alguns medicamentos e insumos médicos, difícil acessibilidade aos exames complementares, encaminhamento para atenção especializada pelo SUS que é muito demorada.

Para os profissionais, nos permitiu conhecer melhor o ambiente de trabalho, planejamento de novas estratégias de melhoria em nossa unidade, realizar reunião de equipe mensais, manter contato com a equipe. Os temas das reuniões mais frequentes são construção de agenda de trabalho, organização do processo de trabalho, discussão de casos, planejamento das ações, monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde. Além de diminuir o tempo de espera dos usuários. Criou a necessidade de conversa entre os trabalhadores e usuário sobre o modo de funcionamento da unidade em diferentes momentos tais como consultas, sala de espera, visitas domiciliares. Oferecemos diferentes palestras em que abordamos temas como a carta dos direitos dos usuários, engajamento público, idosos, deficientes, lactantes e gestantes, atendimento prioritário aos usuários usuários com problemas agudos.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90 \text{ mmHg}$). A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. A HAS é uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos. Além disso, tem alta prevalência e baixas taxas de controle (BRASIL, 2013). Já a Diabetes Mellitus vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (BRASIL, 2013a).

Módulo 38 - Bairro Fatima, é urbana, com uma população total de 785 sendo 467 do sexo feminino e 318 do sexo masculino. Está composta por médico, enfermeira, técnica de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde, atendemte. A UBS tem boa estrutura, não tem barreiras arquitetônicas e foram restaurados todos os serviços. Os usuários que precisam de outros serviços são encaminhados ao hospital onde são avaliados e seguem protocolos. Temos aproximadamente 501 pessoas com 20 anos ou mais, destes 155 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS, dando uma cobertura de 98% e 44 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS, com a cobertura de 98%. Também neste ano, a incidência de hipertensão e diabetes aumentou, talvez seja a estabilidade do médico na UBS e também por assumir estratégias como a pesquisa ativa dessas doenças.

A população total na area é de 785, sendo 467 do sexo feminino e 318 do sexo masculino, dentre estas temos: Mulheres em idade fértil (10-49 anos) 255, mulheres entre 25 e 64 anos 185, mulheres entre 50 e 69 anos 185, mulheres entre 50 e 69 anos 55, pessoas de 15 a 59 anos 493, pessoas com 60 anos ou mais 84, pessoas entre 20 e 59 anos 417, pessoas com 20 anos ou mais 501, pessoas com 20

anos ou mais com Hipertensão¹⁵⁸. Pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes⁴⁴. Faz-se necessário ações de promoção em saúde, para reduzir esses riscos, através de palestras educativas sobre o risco da obesidade, o excesso de álcool, tabagismo com grupos de adolescentes nas escolas, em reuniões com grupos de hipertensos e diabéticos, com grupos de gestantes, na consulta médica diretamente para cada usuário. Em nossa UBS temos um dia por semana para consultas agendadas com usuários hipertensos e diabéticos, que é a terça-feira de manhã, quando realizamos glicemia capilar para todos os usuários. Também fazemos pesquisa ativa de hipertensão. Existe o Programa de hipertensos e diabéticos do Ministério da Saúde, onde são realizadas atividades de grupos no âmbito da Unidade. No caso da diabetes temos poucos atrasos em consultas e na realização de exame, são orientados todos os meses, na consulta, além das palestras que são feitas pela equipe, mensais, orientando sobre os cuidados que tem que ter, em relação aos hábitos nutricionais adequados, hábitos de vida saudável e outras, para mudar estilos de vida

Eu acho que a intervenção será importante porque através dele podemos reduzir as taxas de hipertensão e/ou diabetes na minha comunidade, e para que possamos evitar as complicações que trazem estas doenças, reduzindo os seus riscos. Além de educar a população em um melhor estilo de vida, mais saudável. Toda equipe de saúde está entusiasmada. Como dificuldades podemos apontar não ter profissional da área odontológica, além de que os usuários às vezes não procuram atendimento quando estão programadas. Os aspetos que viabilizam a realização desta intervenção é que já temos cadastrados a maioria dos hipertensos e/ou diabéticos e temos uma equipe de saúde com desejo de trabalhar organizadamente. A intervenção pode melhorar a atenção a saúde da população alvo nos seguintes aspetos: no cadastro de todos os hipertensos e/ou diabético, vão receber atendimentos programados, vamos garantir realização de exames complementares, vamos garantir através da secretária de saúde a aquisição dos medicamentos controlados para este grupo de usuários e, além disso, a equipe de saúde vai estar melhor preparada para este atendimento.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos na unidade básica de saúde Fátima, Município de Parnaíba, Piauí.

2.2.2 Objetivos específicos

Objetivo1. Ampliar a Cobertura de hipertensos e/ou diabéticos.

METAS.

1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

METAS.

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

METAS.

3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

METAS

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular.

METAS.

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

METAS:

6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de doze semanas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Fatima, no Município de Parnaíba/PIAUI. População total na Unidade é de 785, com 155 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS e 44 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS. Pretendemos cadastrar todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos da área adstrita e fazer consultas multiprofissional, com objetivo geral de melhorar a atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos da UBS.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo1. Ampliar a Cobertura de hipertensos e/ou diabéticos.

METAS.

1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Ações

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento:A enfermeira, o médico e a atendente da UBS serão responsáveis por monitorar o cadastramento através dos arquivos próprios dos usuários com estas doenças e dos prontuários e fichas complementares. Esta ação será na UBS, e ocorrerá semanalmente. Cada final de mês serão consolidadas na planilha eletrônica.

Organização e Gestão do Serviço

- Garantir o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os portadores de HAS e/ou diabéticos .

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

O acolhimento e o registro será realizado pela técnica de enfermagem. Usuários com atraso, com doenças agudas, serão atendidos no mesmo turno para agilizar, todos com a próxima consulta agendada. Os proveniente da busca ativa serão reservadas 3 consultas, todos os dias, para não afetar o serviço. O médico conversará com o gestor para garantir os materiais necessários. Semanalmente será atualizado o registro e atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na UBS, através da verificação das fichas espelho e mensalmente em reunião de equipe esses dados serão discutidos.

Engajamento Público

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Faremos contato com representantes da comunidade e associação de moradores da área de abrangência e apresentaremos a intervenção e informaremos da importância do mesmo. Já que precisamos do apoio da comunidade para aumentar a captação e a presença de um maior número de hipertensos e diabéticos.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial e realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Capacitaremos toda equipe sobre o Programa de Hipertensos e/ou Diabéticos para utilizar esta referência na intervenção . A capacitação será feita pelo o médico e enfermeira nas reuniões de equipe, semanal, na própria UBS. Participarão os ACS e outros funcionários da UBS. A capacitação será sobre cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos, para verificação da pressão arterial e realização do hemoglicoteste em adultos.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

METAS.

- 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Ações

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos
- Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular

- Monitorar os hipertensos e/ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico

O médico e a enfermeira da equipe de saúde realizarão exame clínico de qualidade aos usuários do programa na UBS. Solicitaremos últimos exames feitos para verificar data de realização. Serão indicados exames complementares aos 100% dos hipertensos e/ou diabéticos com atraso e os resultados comentados nos prontuários. Com os arquivos próprios dos usuários com estas doenças, e dos prontuários e fichas espelhos faremos o monitoramento, semanalmente. No final do mês, serão consolidadas na planilha eletrônica. Solicitaremos a equipe odontológica que realiza os atendimentos em outra UBS para fazer uma revisão das fichas de atendimento odontológico dos usuários do programa de hipertensos e/ou diabéticos para identificar os usuários sem tratamento odontológico inicial ou sem finalizar. Será analisado nas reuniões da equipe como programar com a dentista um cronograma de atendimento aos hipertensos e/ou diabéticos e os resultados do cadastro.

Organização e Gestão do Serviço

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e/ou diabéticos;
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

A capacitação será realizada na primeira semana da intervenção, assim, tem-se a garantia de que a equipe estará instrumentalizada para o atendimento aos Hipertensos e/ou Diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, será responsabilidade do médico e da enfermeira. **Detalhamento:** Faremos contato com a secretaria de saúde e com o gestor municipal para dispor da versão atualizada do protocolo.

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: Solicitar a secretaria de saúde que garanta a disponibilidade de vagas para solicitação dos exames complementares aos hipertensos e/ou diabéticos. Faremos coordenação com gestor de saúde para conseguir aprimorar a entrega dos exames pelos laboratórios e agilidade dos exames complementares.

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Faremos revisão de estoques de medicamentos quinzenalmente para que não falem os medicamentos e verificar a validade dos medicamentos que estão na farmácia da UBS.

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos
- organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Faremos contato com a outra UBS para que façam uma agenda de saúde bucal e solicitaremos duas vagas diárias para atendimento odontológico aos hipertensos e/ou diabéticos, o atendimento deve ser anotados nos prontuários.

Engajamento Público

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Manteremos os representantes da comunidade e associação de moradores informados durante o desenvolvimento das atividades do foco de intervenção, nas consultas individuais, nas atividades educativas coletivas, nas visitas domiciliares e também nas atividades comemorativas na comunidade para que possam exercer controle social. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção aos hipertensos e/ou diabéticos da unidade de saúde, através dos agentes de saúde, principalmente.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: As capacitações serão realizadas na primeira semana da intervenção, assim, tem-se a garantia de que a equipe estará instrumentalizada para o atendimento aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, tendo como responsáveis o médico e a enfermeira.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

METAS.

3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo consulta em dia.
- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas em dia previstas no protocolo.

Detalhamento: Semanalmente será monitorada a assistência dos hipertensos e/ou diabéticos na UBS através da solicitação das fichas-espelhos, livro de registro do programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus.

Detalhamento: Semanalmente será realizado o monitoramento dos indicadores de atenção à saúde dos Hipertensos e Diabéticos na UBS, através da verificação das fichas espelho. Em reunião de equipe esses dados serão avaliados mensalmente.

Organização e Gestão do Serviço

- Organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos faltosos: Serão feitas visitas domiciliares aos hipertensos faltosos e agendaremos acompanhamento ao momento.
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares: Organizaremos uma agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares que comparecem na UBS.
- Organizar visitas domiciliares para buscar os diabéticos faltosos: Serão feitas visitas domiciliares aos diabéticos faltosos e agendaremos acompanhamento ao momento.
- Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Organizaremos uma agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares que comparecem na UBS.

Detalhamento:**Engajamento Público**

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Faremos reuniões com os representantes da comunidade e famílias e comunidade no âmbito da UBS para informar as atividades do foco da intervenção do programa no transcurso da investigação, o que será feito com uma frequência mensal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar aos ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Capacitar aos ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Faremos capacitação dos agentes de saúde, em reunião da equipe na UBS, nas primeiras semanas da intervenção.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

METAS

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.
- Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Os registros serão atualizados semanalmente com os dados dos hipertensos e diabéticos cadastrados pela primeira vez, e os que já têm seguimento, serão entregues cadernetas aos 100% dos usuários com HA e/ou DM na primeira consulta realizada.

Organização e Gestão do Serviço

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Mensalmente será monitorada a qualidade dos registros de atenção dos hipertensos e/ou diabéticos na UBS, as informações obtidas da pesquisa ativa serão enviadas ao SIAB semanalmente. As cadernetas devem ser preenchidas pelo profissional com 100 % dos dados.

Engajamento Público

- Orientar aos usuários hipertensos e/ou diabéticos a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Faremos contato com os usuários hipertensos e/ou diabéticos, com a associação demoradores e com os representantes da comunidade, na UBS e apresentaremos o projeto esclarecendo seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Vai ser feita mensalmente. Tendo como responsável o médico e a enfermeira.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos diabéticos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento:As capacitações serão realizadas na primeira semana da intervenção, assim, tem-se a garantia de que a equipe estará pronta para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa com hipertensão e/ou diabetes e dos registros de acompanhamento.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular.

METAS.

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

- Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
- Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento:Mensalmente será monitorada o numero de usuários hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano revisando o prontuário e a ficha espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Todo usuário com hipertensão e/ou diabetes avaliado como de alto risco ao chegar na UBS, vai ter atendimento prioritário e organizaremos uma agenda para esta demanda.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Faremos contato mensal com os usuários hipertensos e/ou diabéticos, com a associação de moradores e com os representantes da comunidade, na UBS e apresentaremos o projeto orientando os usuários quanto ao nível de risco e à importância do acompanhamento regular, e quanto a importância do adequado controle de fator de risco.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Mensalmente em reunião da equipe, toda a equipe estudará uma parte do protocolo de saúde de hipertensão e/ou diabetes e falarão sobre o tema.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

METAS:

- 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

AÇÕES E DETALHAMENTO

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos usuários diabéticos.

Faremos um monitoramento mensal revisando os prontuários, que será feito pelo médico, enfermeira e agentes comunitários de saúde.

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

A atividade vai ser feita pelo médico e enfermeira, será monitorada mensalmente.

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamento: Serão monitoradas mensalmente. Será responsabilidade do médico e a enfermeira

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Faremos contato mensal com os usuários hipertensos e/ou diabéticos e com a população para realizar palestras coletivas sobre alimentação saudável, será feito na UBS.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: Faremos uma reunião com o gestor municipal, na policlínica do município para envolver nutricionistas nesta atividade e para demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo. Será responsabilidade da nutricionistas.

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Esta atividade vai ser feita semanalmente em consultas de hipertensos e/ou diabéticos, na UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

- Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.
- Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Faremos contato mensal com os usuários hipertensos e/ou diabéticos, com seus familiares, e com a comunidade para realizar palestras orientando a importância da alimentação saudável, a prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e sobre a importância da higiene bucal. Vai ser feito na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: As capacitações serão realizadas na primeira semana da intervenção, assim começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de hipertensão e diabetes para que toda a equipe utilize esta referencia na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. A responsabilidade será do médico e da enfermeira.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a Cobertura de hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 1. Ampliar a Cobertura de hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes da área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para a intervenção objetivando qualificar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus adotaremos os protocolos de Atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus do Ministério de Saúde de 2013. Vamos trabalhar com os registros do programa de hipertensos e/ou diabéticos e com as fichas-espelho disponibilizadas pelo curso que contempla todas as informações necessárias para o monitoramento. Segundo a estimativa do Caderno de Ações Programáticas, UBS deve ter 158 hipertensos e 45 diabéticos com acompanhamento e só temos 157 hipertensos para um 98% de cobertura e 44 diabéticos para um 98 % de cobertura. Estimamos alcançar com a intervenção 100% de cobertura para hipertensos e/ou diabéticos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas espelho necessária para o trabalho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para o monitoramento das ações utilizaremos instrumentos de coleta de dados como o prontuário clínico individual, a ficha-espelho, a caderneta de pessoas idosa (com hipertensão e/ou diabetes).

Para organizar o trabalho vamos receber os nomes de todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados pelos ACS, a enfermeira vai fazer uma revisão do livro de registro do Programa destes usuários, identificando os nomes dos usuários que tiveram consultas nos últimos 6 meses.

Organizaremos o “arquivo específico” que proporcionará revisão semanal para monitoramento e isto certamente facilitará a busca de faltosos. Para a organização do arquivo os prontuários clínicos e ficha-espelho serão organizados por ACS.

Estas fichas junto com o livro de registro de pessoas com hipertensão e/ou diabetes serão revisadas pelo médico e enfermeira semanalmente para monitorar indicadores de qualidade.

Deve-se também monitorar o acesso das pessoas com hipertensão e/ou diabetes aos medicamentos da Farmácia Popular. Será monitorado o Livro de Registros onde se registra a aferição da pressão arterial e realização de Glicemia capilar de todos os usuários com estas doenças.

Nisto será monitorado a realização de exame clínico apropriado dos hipertensos e/ou diabéticos, a realização de exame clínico apropriado. Também serão monitorados semanalmente os hipertensos e/ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Para monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) de pessoas com hipertensão e/ou diabetes e identificar os faltosos a consulta, serão revisados os registros das consultas pelos ACS que nos informarão na reunião semanal da equipe e será agendada a próxima consulta ou visita domiciliar.

No monitoramento de estratificação do risco cardiovascular dos hipertensos e/ou diabéticos, será revisado pelo médico nos dias indicados para o atendimento no prontuário individual segundo o protocolo que deve estar realizado pelo menos uma vez ao ano a todos os usuários e os que não tenham sido feita essa avaliação, será feita durante a consulta médica.

Será analisado o livro de registro de pessoas com hipertensão e/ou diabetes, com o objetivo que todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados tenham sua ficha de acompanhamento revisada de forma mensal

Mensalmente a enfermeira e o médico examinarão as fichas-espelho, e Planilha de monitoramento para acompanhamento das metas e indicadores da Intervenção

O Monitoramento dos dados será realizado semanalmente e discutido com a equipe os resultados mensalmente ou quando se fizer necessário nas reuniões semanais.

Os dados coletados serão colocados em uma planilha do Excel para análise (Planilha de Acompanhamento de Coleta de Dados).

Inicialmente organizaremos o processo de trabalho da equipe de forma que através de “agendas compartilhadas” e acolhimento adequado possamos priorizar o atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência da equipe, buscaremos priorizar o atendimento destes sem deixar de atender à comunidade nas demais ações programáticas típicas da UBS.

Os ACS farão busca ativa de todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes de sua micro área de abrangência. Em todas as visitas domiciliares o ACS deverá informar sobre a existência do Programa de hipertensos e/ou diabéticos da unidade de saúde bem como sobre a importância de assistir a consulta agendada pelo menos, duas vezes no ano e sobre a importância dos fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e/ou diabetes.

O Cadastramento durante a Intervenção será realizado pelo médico e enfermeira na consulta clínica na UBS ou em visita domiciliar, com ajuda dos ACS.

O acolhimento à demanda espontânea das pessoas com hipertensão e diabetes será realizado pela técnica de enfermagem. Aqueles com atraso em consulta, com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para viabilizar o tratamento de intercorrências. Aqueles que buscam consultam de rotina terão prioridade no agendamento, no mesmo dia.

Semanalmente os ACS farão busca ativa dos usuários cadastrados que não tiverem comparecido no serviço na data da consulta programada agendada.

Devemos assegurar com a gestão municipal de saúde a garantia da agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo bem como o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos da Farmácia Popular para os pacientes com hipertensão e/ou diabetes; e garantir o encaminhamento dos hipertensos e/ou diabéticos a exames complementares a outros níveis do Sistema.

Vamos organizar as agendas do médico, enfermeira para acolher a demanda referenciada destes usuários das demandas espontâneas bem como das provenientes das buscas ativas.

Os ACS semanalmente nas visitas domiciliar farão busca ativa dos faltosos às consultas quanto para os atendimentos odontológicos e organizará em conjunto com o médico e enfermeira a agenda para acolher esses usuários.

Vamos organizar a agenda da equipe compartilhada com a equipe de saúde bucal de forma que possam garantir o atendimento em saúde bucal para os hipertensão e/ou diabetes, depois de avaliação da necessidade de atendimento odontológico pelo médico e a enfermeira da equipe. Buscaremos incentivar a equipe para o encaminhamento e os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para esta turma.

Sensibilizar aos hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância de assistir às consultas. Nestas atividades se realizarão palestras, conversas, grupos, onde serão responsáveis o médico e a enfermeira, mas terá participação toda à equipe. A sensibilização da comunidade será realizada através de reuniões nas associações de moradores, na UBS e nas escolas, onde se informará a população sobre a existência do programa de hipertensos e/ou diabéticos da UBS e solicitará o apoio ao mesmo para o rastreamento dos hipertensos e/ou diabéticos, orientando sobre os fatores de riscos sobre o desenvolvimento da doença, vamos orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e/ou diabetes em consultas de demanda espontânea, nas palestras e nas visitas domiciliares, e a necessidade de realização de exames complementares.

Orientar os hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.	X		X		X		X		X		X	
Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.	X	X					X			X		

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Destacamos inicialmente que as atividades de intervenção haviam sido programadas para serem desenvolvidas em 16 semanas. No entanto, foi necessário reduzir o período para 12 semanas. Esta redução foi proposta a fim de ajustar as defesas dos trabalhos de conclusão do curso ao calendário estabelecido pela Universidade Federal de Pelotas/RS devido ao período de férias da especializanda no período da intervenção e da não continuidade das ações pela equipe neste período, mas não houve prejuízo para a comunidade

Durante a realização do projeto de intervenção a nossa equipe teve reunião todas as semanas para falar sobre o andamento da intervenção, analisando os indicadores, indicando a busca ativa dos usuários faltosos a consulta, estudando os protocolos de atenção a hipertensos e/ou diabéticos, preenchendo a coleta de dados e analisando a ficha espelho.

O cadastramento de todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes da área adstrita no programa foi uma ação desenvolvida pelos agentes comunitários de saúde sem nenhuma dificuldade.

Nas primeiras semanas do projeto capacitamos todos os integrantes da equipe de saúde da UBS sobre o protocolo de atenção ao programa, todos estudaram e depois falaram dos temas frente aos demais membros da equipe. Também cada profissional tinha bem estabelecido o papel na ação programática, estas duas ações foram cumpridas integralmente.

Ao início do projeto de intervenção a enfermeira e o médico capacitaram aos agentes comunitários de saúde para a realização de busca ativa dos usuários hipertensos e/ou diabéticos faltosos as atividades programadas. Esta ação foi

executada pelos ACS todas as semanas e cumprida integralmente, porque conseguimos fazer o atendimento dos 6 usuários hipertensos faltosos a consulta depois da busca ativa.

Monitoramos a periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, no período da tarde. Realizamos visitas domiciliares para buscar os faltosos, agendamos um dia da semana (quarta feira) para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Além da realização de palestras e trocas de conversas com os usuários para ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabéticos. Também conseguimos esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. A enfermeira foi responsável pelas palestras na sala de espera da unidade, orientando sobre os fatores de risco para estas doenças e a periodicidade das consultas e exames, medidas de prevenção. O médico realizou semanalmente uma palestra, para informar a importância e periodicidade da realização das consultas e exames, além dos fatores de risco e como melhorar nossa saúde.

Organizamos um sistema de registro que viabilizou situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença com ajuda de toda a equipe. Implantamos e atualizamos a ficha de acompanhamento, com definição dos responsáveis pelo monitoramento dos registros.

Tivemos três contatos com lideranças comunitárias realizadas de forma integral, para falar sobre a importância da ação programática dos hipertensos e/ou diabéticos solicitando apoio para o cadastro e demais estratégias que foram implementadas. As atividades foram muito boas porque falamos das doenças hipertensão e diabetes, do programa e solicitamos apoio para o projeto e demais estratégias implementadas.

Todas essas ações foram desenvolvidas, contamos com ajuda dos Gestores de Saúde, por exemplo, as impressões das fichas espelho, a facilidade com o

transporte, para assim conseguir maior cobertura dos usuários com hipertensão e/ou diabetes e comunidade em geral no programa.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Como não temos equipe de odontologia na UBS, os usuários foram encaminhados para outra UBS, com previa autorização da secretaria da saúde.

Temos garantido a solicitação dos exames complementares com bastante agilidade, em média 15 a 21 dias, no entanto, a realização de ECG foi muito demorada, situação frequente em nosso município e de conhecimento da secretaria da saúde.

Não contamos de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde, só contamos com a versão digital e os cadernos da atenção básica.

Devo mencionar que durante os últimos cinco meses temos sérias dificuldades com os medicamentos dos usuários com hipertensão e/ou diabéticos na UBS. Ainda não temos disponibilidades dos mesmos e os usuários e a comunidade é orientada a ter acesso aos medicamentos na Farmácia Popular/DANT e possíveis alternativas para obter este acesso. O equipe pensa em ampliar a qualificação para as demais ações programáticas

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Tivemos algumas dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores, mas assim que surgia uma dificuldade o orientador buscava corrigir e solucionar da melhor forma possível. Algumas dificuldades foram erros no nome dos usuários ao preencher, preenchemos o 100% dos usuários que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS Fátima, e ao final do trabalho so foram o 96,8%. Pensamos em ampliar a qualificação para as demais ações programáticas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Ocorrerá a incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço, mesmo com a finalização do curso. As mesmas serão adequadas ou melhoradas com ajuda de toda a equipe de saúde. Continuaremos trabalhando na busca ativa de usuários

com HAS e/ou DM. Manteremos as orientações na prevenção destas doenças como alimentação saudável, atividade física e abandono do tabagismo.

A equipe continuará com sua reunião semanal para conversar sobre a continuidade das ações e sobre a importância de continuar nosso trabalho com a grande ajuda dos ACS e manter o contato com os usuários para seu retorno e poder avaliar seus exames.

Sobre envolvimento da equipe em outras ações programáticas, estamos conseguindo cumprir o cronograma e a equipe manterá-se envolvida nas ações, ampliando o número de atendimentos dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Os resultados apresentados a seguir refletem a intervenção realizada na UBS Fatima, no município de Parnaíba/PI, entre os meses de abril e junho de 2015. A intervenção foi voltada para a qualificação da atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

Residem na área de abrangência, aproximadamente, 158 hipertensos e 44 diabéticos (estimativa do CAP).

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1- Cadastrar 100% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. Meta: 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e/ou à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: 1.2. Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde.

A participação de toda a equipe favoreceu a boa evolução do cadastramento dos usuários hipertensos. No primeiro mês cadastramos 59 usuários (37.3%). No segundo mês conseguimos cobertura de 145 usuários (91.8%). No terceiro mês cadastramos 158 usuários hipertensos (100%) .A evolução da intervenção na cobertura de atenção aos usuários com diabetes ocorreu de forma favorável com a participação de toda a equipe de saúde. Conseguimos cadastrar os 44 diabéticos. No primeiro mês foram 34 diabéticos (77.3%), no segundo mês conseguimos cobertura de 44 usuários (100%), já no terceiro mês não cadastramos nenhum usuário. Cumprimos a meta de 100%, e já incorporamos o cadastramento de todos os com hipertensão e/ou diabetes a rotina de trabalho da UBS, assim seguiremos aumentando e garantindo a cobertura dos usuários com ajuda da equipe de saúde. Conseguimos cadastrar mais com hipertensão e/ou diabetes que a estimativa, o que motivou ainda mais a equipe em pesquisar novos casos. Para alcançar esta meta a participação e trabalho da equipe em geral foram muito importantes, mas principalmente o ACS, o médico e a enfermeira com sua assistência diária. Também destacamos o gestor municipal para dispor das fichas espelho necessárias para o trabalho. Recebemos os nomes de todos os usuários com hipertensão cadastrados pelos agentes comunitários de saúde, a enfermeira fez uma revisão do livro de registro do Programa, identificando os nomes dos usuários que tiveram consultas nos últimos 6 meses, utilizamos instrumentos de coleta de dados para uso dos profissionais da unidade, como o prontuário clínico individual, a ficha espelho, caderneta de pessoas idosa (com hipertensão e/ou diabetes) para registro das informações de atendimento para viabilizar o monitoramento das ações. O monitoramento dos dados se realizou semanalmente e discutido com a equipe os resultados mensalmente ou quando se fez necessário nas reuniões semanais.

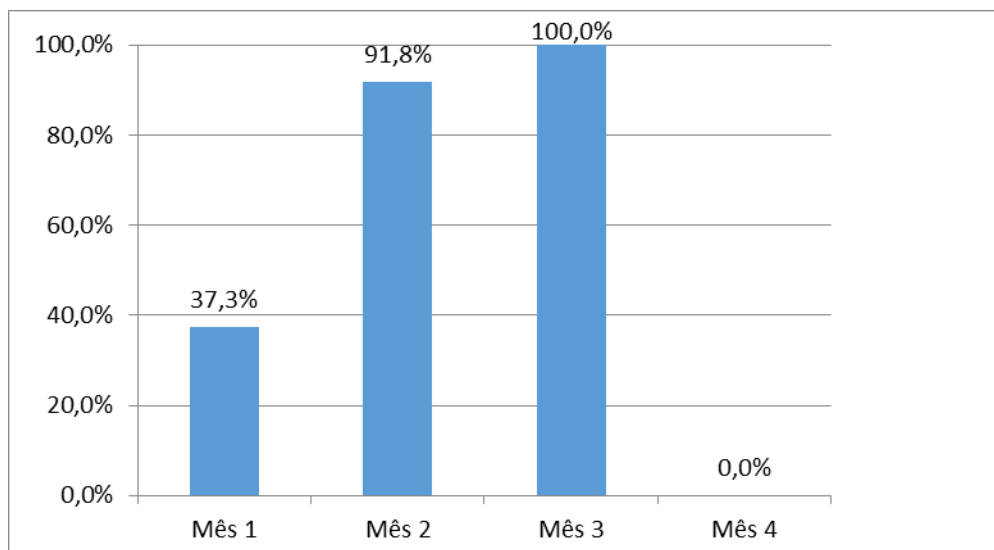


Figura 1 Proporção de hipertensos inscrito no programa na UBS Fátima, Parnaíba, PI, 2015. .

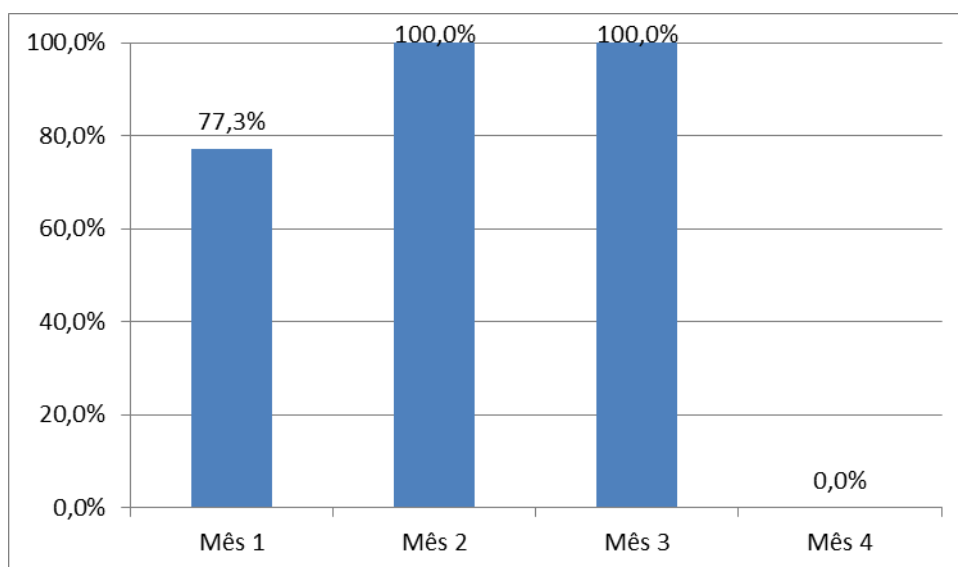


Figura 2 Proporção de diabéticos inscrito no programa na UBS Fátima, Parnaíba, PI, 2015.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1 Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Meta.2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Em relação a proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo foi muito importante a participação e trabalho do equipe em geral, mas principalmente o trabalho do médico e da enfermeira, com sua assistência diária ao trabalho e apoio dos ACS. Durante o primeiro mês um total de 51 (86,4%) pessoas com hipertensão estavam com o exame clínico em dia, no segundo mês 124 (85,5%) estavam com o exame em dia e ao longo do terceiro mês alcançamos um total de 135 (85,4%) pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia.

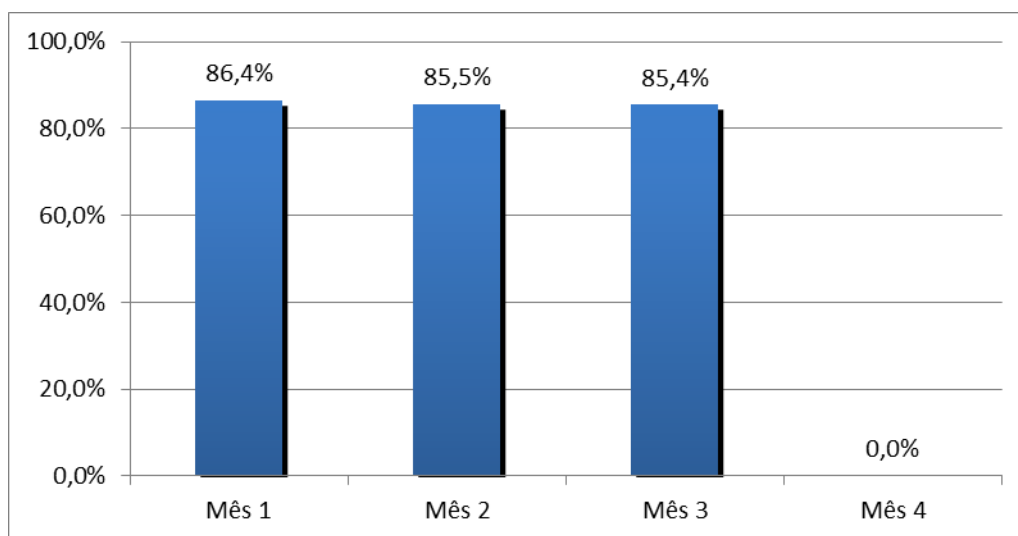


Figura 3 Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Fátima, Parnaíba, PI, 2015.

Com relação a proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Durante o primeiro mês um total de 30 (88,2%) pessoas com diabétes estavam com o exame clínico em dia, no segundo mês 38 (86,4%) estavam com o exame em dia e ao longo do terceiro mês alcançamos um total de 38 (86,4%) pessoas com diabétes com o exame clínico em dia.

Acredito que não alcançamos 100%, já que antes na UBS não se realizava um exame clínico apropriado, portanto não se controlava aos diabéticos de acordo com o protocolo.

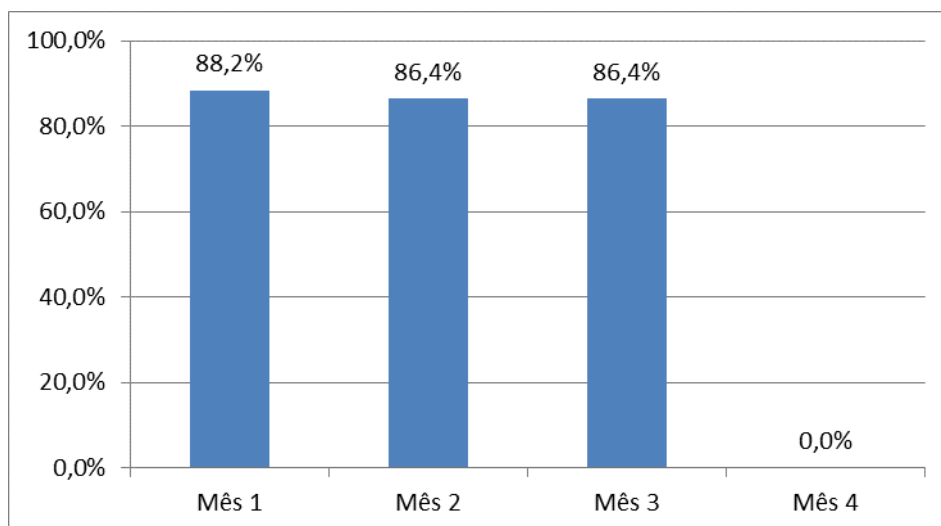


Figura 4 Proporção de diabético com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Fátima, Parnaíba, PI, 2015.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Durante o primeiro mês um total de 43 (72.9 %) pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia, no segundo mês 110 (75,9%) . com os exames complementares em dia e ao longo do terceiro mês alcançamos um total de 121 (76.6%) com os exames complementares em dia. Com relação a proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Durante o primeiro mês um total de 27 (79.4 %) pessoas com diabéte com os exames complementares em dia, no segundo mês 34 (77.3%%) com os exames complementares em dia e ao longo do terceiro mês alcançamos um total de 34 (77.3%%)com os exames complementares em dia

Conseguimos identificar os hipertensos e/ou diabéticos com os exames complementares em dia, para cumprir este indicador foi importante a ajuda do município para a realização dos exames através do SUS, parceria da secretaria da saúde, gestores municipais e equipe em geral. Além disso, apresentamos dificuldades com a realização dos exames, por exemplo, existe demora na marcação de exames devido à grande procura e pequena oferta e com a internet na UBS às vezes não está disponível.

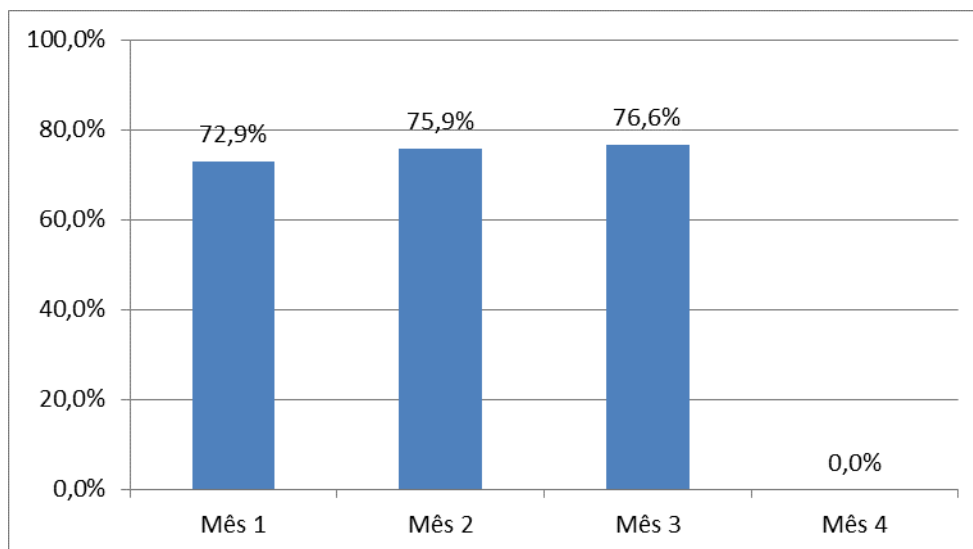


Figura 5 Proporção de hipertensos com exames complementários em dia de acordo com o protocolo na UBS Fátima, Parnaíba, PI, 2015.

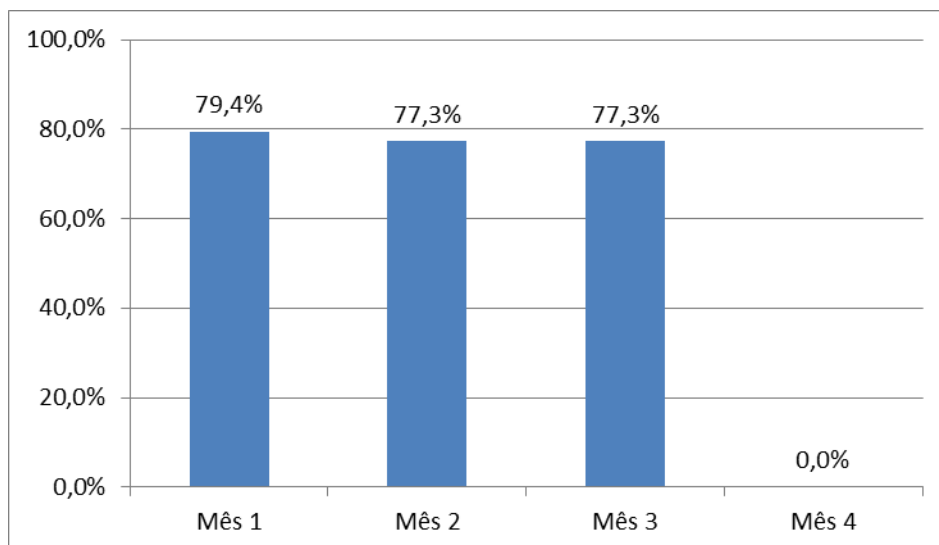


Figura 6 Proporção de diabético com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Fátima, Parnaíba, PI, 2015.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos.

Indicador2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. Cadastrados na unidade de saúde

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

O indicador proporção de hipertensos com prescrição de medicamento da Farmácia Popular priorizada, durante o primeiro mês foi de 59 hipertensos, 57 com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular o que representou 96.6%, no segundo mês de 145 hipertensos, 138 (95.2%), no terceiro mês de 157 hipertensos, 150 com prescrição da Farmácia Popular (95.5%).

Durante o primeiro mês de 34 diabéticos tivemos 31 usuários com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, representando 91.2%, no segundo mês de 44 diabéticos, 41 (93.2%), no terceiro mês manteve-se.

Acho isso muito importante, já que diminuem os riscos de abandono do tratamento por falta de dinheiro. Importante contar no município com as farmácias populares,

que ajudam aos usuários com a compra de medicamento a baixo custo ou de graça. Os usuários podem acessar de forma muito econômica e adquirir seus medicamentos a baixos custo e diminuem os risco de abandono, já que na UBS durante os primeiros meses do ano 2015 temos pouca disponibilidade de medicamentos

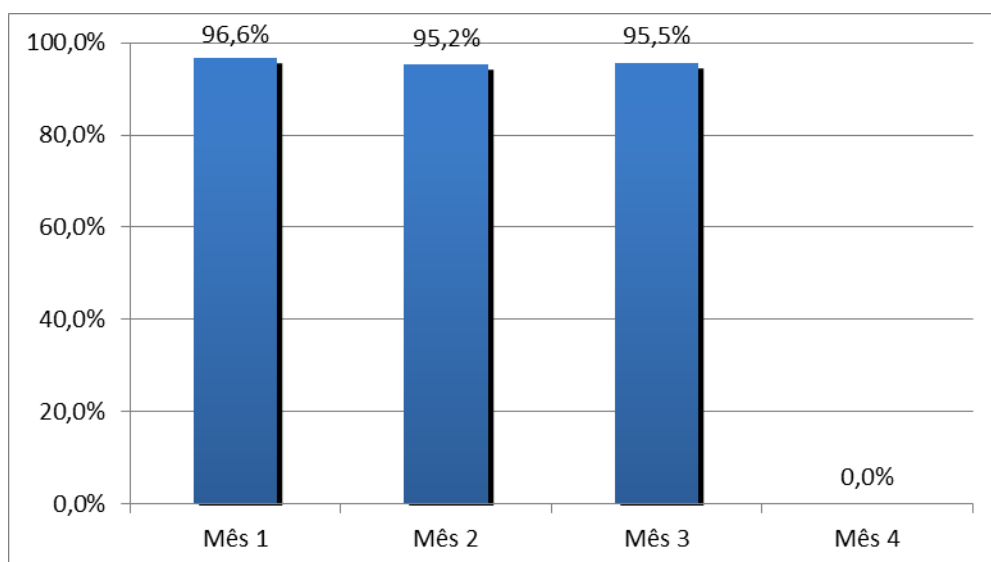


Figura 7 Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmacia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Fátima, Parnaíba, PI, 2015..

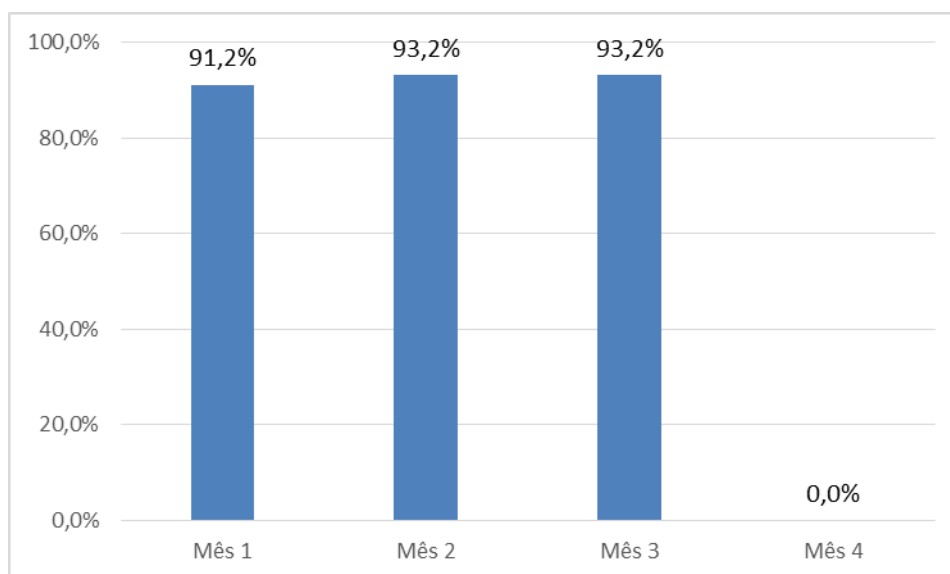


Figura 8 Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Fátima, Parnaíba, PI, 2015..

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Na UBS não temos a equipe de odontologia, por isso capacitamos toda o equipe de saude da UBS na avaliação da saude bucal dos usuários. Realizamos parceria com uma equipe de saude bucal de outra UBS, os quais ofereceram ajuda com os usuários da intervenção. Isso foi muito importante para nós. No primeiro mês de 59, 32 usuarios tiveram avaliação de saúde bucal (54.2%), no segundo mes de 145, 96 (66.2%) e no terceiro mes de 158, 107 (67.7%).

A proporção de diabeticos com avaliação das necessidades de atendimento odontologico, no primeiro mês de 34 e 24 usuarios para 70.6%, no segundo mês 44 e 32 usuarios (72.7%) e no terceiro mes manteve-se

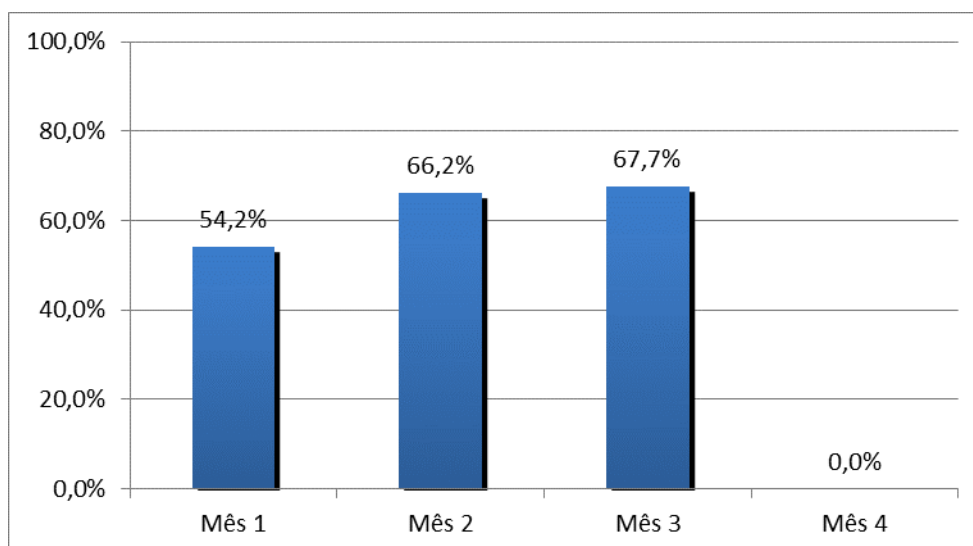


Figura 9 Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Fátima, Parnaíba, PI, 2015..

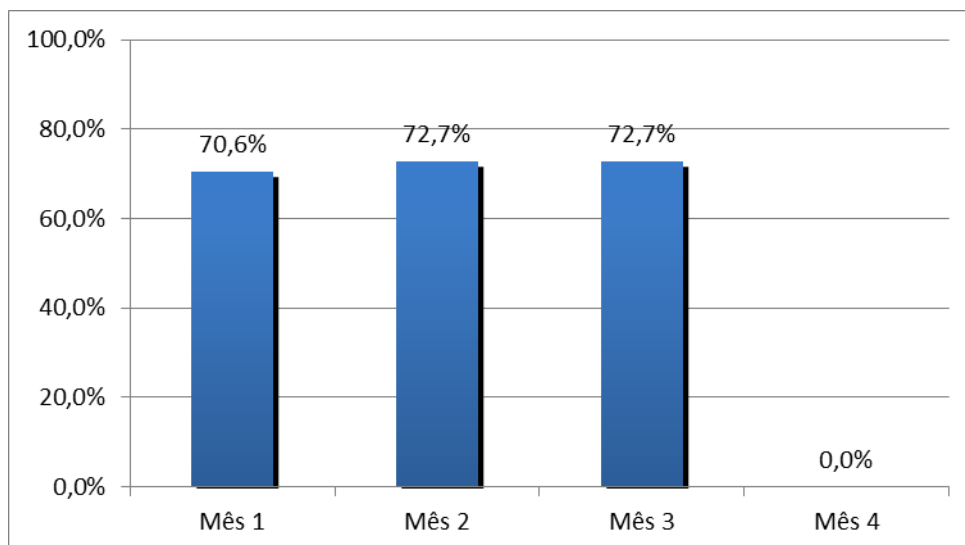


Figura 10 Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Fátima, Parnaíba, PI, 2015.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Com relação a proporção de hipertensos faltosos com busca ativa durante o primeiro mês de 9 faltosos, 9 assistiram a consulta com busca ativa (100%), no segundo mês de 24 faltosos, 24 assistiram a consulta com busca ativa (100%) e o terceiro mês conseguimos avaliar um total de 25 usuários faltosos com busca ativa (100%).

Com relação a proporção de diabéticos faltosos com busca ativa durante o primeiro mês tivemos 4 usuários faltosos com busca ativa (100%), no segundo mês foram 6, todos com busca ativa (100%) e no terceiro mês não cadastramos diabéticos.

O monitoramento dos dados se realizaram semanalmente e discutido com a equipe os resultados mensalmente ou quando se fez necessário nas reuniões semanais, isso ajudou a ter 100% de busca ativa dos usuários faltosos, além do trabalho em equipe. Acho um importante resultado já que demonstra o trabalho da equipe.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

A proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento durante o primeiro mês foi de 59 hipertensos atendidos, 58 com registro adequado (98.3%), no segundo mês foi de 145 hipertensos atendidos, 140 com registro adequado (96.6%) e o terceiro mês de 158 hipertensos atendidos, 152 com registro adequado (96.2%). A proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, durante o primeiro foi de 34 diabéticos atendidos, 33 com registro adequado para 97.1%, no segundo mês foram de 44 diabéticos, 42 (95.5%), e no terceiro mês manteve-se.

As fichas foram disponibilizadas pela atendente nos arquivos e trabalhada pela enfermeira e pelo médico.

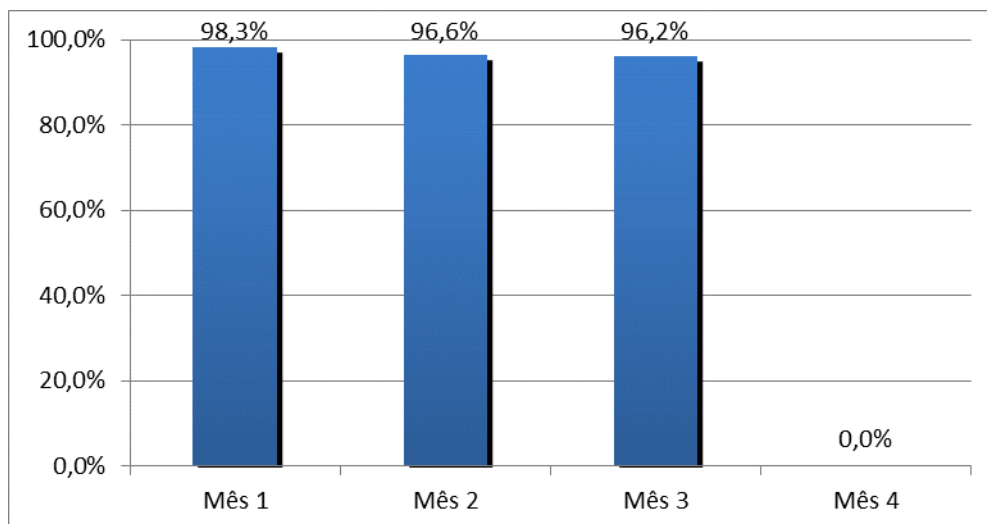


Figura 11. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Fátima, Parnaíba, PI, 2015.

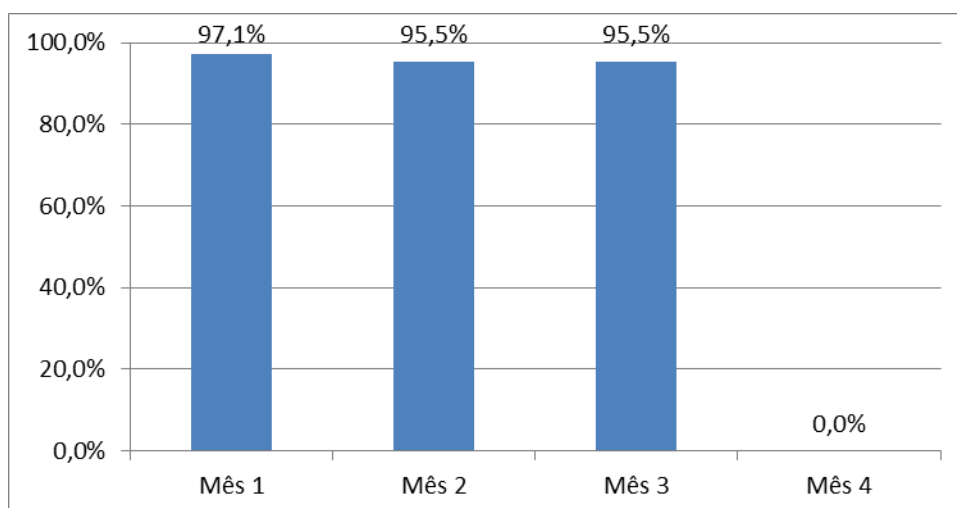


Figura 12 Proporção de diabético com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Fátima, Parnaíba, PI, 2015.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

A proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular foi ótimo, durante o primeiro mês de 59 hipertensos realizou estratificação de risco aos 59 para um 100%, no segundo mês de 145 hipertensos, 145(100%) e no terceiro mês de 158 hipertensos, 158 para um 100%. Importante foi ajuda do município com a realização dos exames pelo SUS e o trabalho da equipe em geral.

A proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular foi ótimo, durante o primeiro mês de 33 diabéticos, realizou estratificação de risco aos 33 para 100%, no segundo mês de 44 de diabéticos, 44(100%). E no terceiro mês manteve-se.

Muito importante para conseguir a meta foi ajuda do município com a realização dos exames pelo SUS, o trabalho e o papel do médico e da enfermeira com sua assistência diária para estratificação do risco.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador6.1 Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador6.2 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Em relação a proporção de hipertensos e/ou diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, no primeiro mês de 59 hipertensos, orientamos 59 (100%), no segundo mês de 145 hipertenso, os 145(100%) e no terceiro mês de 158 hipertensos, orientamos aos 158 para 100%.

Em relação com a proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável no primeiro mês de 33 diabéticos, orientamos aos 33 (100%), no segundo mês de 44 diabéticos, orientamos aos 44 para 100%. E no terceiro mês manteve-se. Para o mesmo tivemos um ótimo apoio pela secretaria da saúde, a

equipe de saúde oferecendo palestras com diferentes temas da orientação sobre alimentação saudável.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física no primeiro mês orientamos 59 hipertensos (100%), no segundo mês 145 (100%) e no terceiro mês 158 hipertensos (100%). Para o mesmo tivemos um ótimo apoio pela secretaria de saúde e equipe de saúde da UBS, com a participação ativa na UBS e localidades da comunidade, oferecendo palestras com diferentes temas da orientação sobre a pratica de atividade física

Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física no primeiro mês orientamos 33 diabéticos (100%), no segundo mês 44 diabéticos (100%) e manteve-se no terceiro mês. O mesmo tivemos um ótimo apoio pela secretaria de saúde e equipe de saúde da UBS, com a participação ativa na UBS e localidades da comunidade, oferecendo palestras com diferentes temas da orientação sobre a pratica de atividade física e também a ajuda da comunidade em geral para receber as orientações

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador.6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

A proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, no primeiro mês conseguimos orientar 59 hipertensos (100%), no segundo mês 145 hipertensos (100%) e no terceiro mês 158 hipertensos (100%). Foi ótimo a ajuda e recepção de toda comunidade e usuários em geral para receber as orientações sobre os riscos do tabagismo feita por medico e enfermeira com ajuda de toda a equipe.

A proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo no primeiro mês orientamos sobre os riscos do tabagismo a 33 diabéticos (100%), no segundo mês 44 diabéticos (100%) e manteve-se no terceiro. Foi ótimo a ajuda e recepção de toda comunidade e usuários em geral para receber as orientações sobre os riscos do tabagismo feita por medico e enfermeira, com ajuda de toda a equipe.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal, no primeiro mês de 59 hipertensos, orientamos aos 59 hipertensos (100%), no segundo mês de 145 hipertensos, orientamos aos 145 (100%), no terceiro mês de 158 hipertensos orientamos 152 hipertensos (96.8%). Não contamos com ajuda da equipe de saúde bucal, mas a equipe ajudou muito na promoção da boa higiene bucal e nas consultas todos receberam orientações adequadas e a ajuda e recepção de toda comunidade para receber as orientações.

Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal, no primeiro mês de 33 diabéticos orientamos aos 33 diabéticos (100%), no segundo mês de 44 diabéticos orientamos aos 44 para um 100%, e mantivemos no terceiro mês. Não contamos com ajuda da equipe de saúde bucal, mas a equipe ajudou muito na promoção da

boa higiene bucal e nas consultas todos receberam orientações adequadas e a ajuda e recepção de toda comunidade para receber as orientações

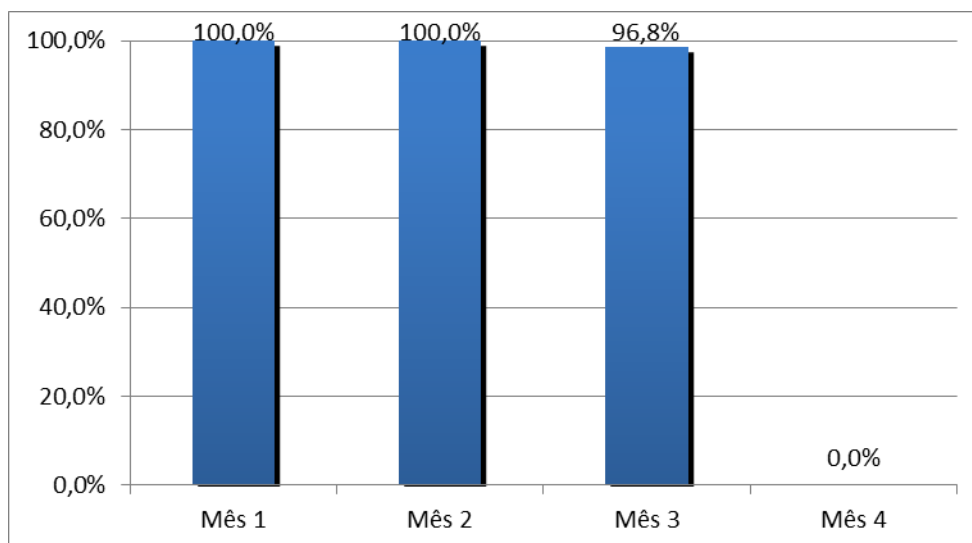


Figura 13 Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS Fátima, Parnaíba, PI, 2015.

..

4.2 Discussão

.

Ao finalizar a intervenção, em o modulo 38, os usuários com Hipertensão e/ou Diabetes ficaram muito felizes com os resultados alcançados, assim como toda a equipe de saúde. Propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos. Foram cumpridas muitas ações e outras ficaram com bom balanço do cronograma planejado. Foi um ótimo trabalho, o qual conseguimos trabalhar com mais integralidade e preocupação pelos usuários, além de propiciar a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos, adequado exame clínico, laboratorial, medidas de prevenção e promoção em saúde .

A importância que tem para nossa equipe foi que conseguimos melhorar os serviços aos usuários com hipertensão e/ou diabetes de forma geral sem afetar outros serviços da UBS. Também possibilitou que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e/ou Diabetes. Aumentamos avaliação

dos usuários, a qualidade das consultas e aumentamos os níveis dos indicadores. As ações para o melhoramento da saúde dos usuários foram incorporadas à rotina de trabalho de nossa UBS. Favoreceu o trabalho integrado de toda a equipe, que foi peça chave na realização do projeto e o fluxo dos usuários para UBS. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, já que continuamos com as capacitações em outras doenças crônicas, pré natal, puericulturas, continuamos fazendo as reuniões da equipe todas as semanas.

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e/ou Diabetes eram concentradas no médico. As consultas dos portadores com hipertensão e/ou diabetes, aumentaram e melhoraram a qualidade das consultas, aumentou o número de usuários. Também realizamos atividades educativas individuais nas consultas e coletivas na recepção e salão de reuniões com a participação de toda a equipe, usuários e comunidade em geral. A intervenção reverteu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, todas as atividades foram centradas na melhoria da qualidade do atendimento e saúde. A classificação de risco dos hipertensos e/ou diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos. Agora toda equipe se vê envolvida, já que participaram na realização e execução das mesmas. O melhor de tudo foi que conseguimos mudar nossa estratégia de trabalho. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e/ou Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea.

A População de nossa área de abrangência gostou muito da intervenção. Os hipertensos e/ou diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento. Conseguimos cadastrar, avaliar e oferecer orientações de forma correta a um maior número de usuários e familiares. Conseguimos restabelecer a parceria com os líderes da comunidade, ficamos mais perto da comunidade levando as consultas fora da UBS, o que também favoreceu poder avaliar mais usuários e com isto desenvolver melhor a intervenção.

Incorporamos a intervenção à rotina do serviço. Para isso ampliamos o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção da Saúde dos usuários com Hipertensão ou Diabetes. Vamos adequar a ficha dos hipertensos e/ou diabéticos para poder coletar e monitorar todos os

indicadores que tínhamos previstos para a intervenção. Nossos próximos passos são a intervenção e pretendemos implementar outros programas na UBS como o Programa de Pré-natal, Saúde de idosos e Saúde da mulher para cumprir com os princípios do SUS: integralidades, universalidades e acessibilidade além dos atributos e funções da APS por exemplo integralidade, focalização na família, orientação comunitária, resolutividades e sempre trabalhar em equipe.

5 Relatório da intervenção para gestores

Caros gestores,

Inicialmente queria agradecer-le o apoio e a estrutura oferecida para a realização da intervenção que se dedicou a aprimorar a atenção e qualificação da atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos residente na área de abrangência, aproximadamente, 158 hipertensos e 44 diabéticos. Foi de suma importância o apoio de vocês na capacitação realizada no início da intervenção, e fornecendo materiais necessários como aparelho de glicemia, balanço, mais aparelhos para a verificação da pressão arterial, nas impressões das fichas espelho, a facilidade com o transporte, para assim conseguir uma maior cobertura dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Assim podemos nos aprofundar no caderno de atenção à saúde: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) e Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (Cadernos de Atenção Básica, n. 37) fornecidos pelo Ministério da Saúde e pactuarmos os objetivos, metas e o papel de cada profissional na intervenção.

A maioria das ações foram realizadas, monitoramos a intervenção, melhoramos o acolhimento e conseguimos garantir o registro de um bom número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da unidade de saúde. A participação de toda a equipe favoreceu a boa evolução do cadastramento dos usuários hipertensos. A intervenção primariamente buscou ampliar a cobertura dos usuários com hipertensão ou diabetes inscritos no programa.. A cobertura chegou a 158 usuários hipertensos (100%) e dos diabéticos a cobertura foi de 100% com um total de 44 usuários diabéticos.

Terminamos com um total de 135 usuários hipertensos com exame clínico em dia, que representou um 89.0% e os diabéticos terminou com um total de 38 usuários com exame clínico em dia (86.4%). Em relação a proporção de hipertensos e diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo foi muito importante a participação e trabalho da equipe em geral, principalmente do médico e da enfermeira, com sua assistência diária ao trabalho. Nossa intervenção terminou

com um total terminou com um total de 121 hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo o que representou um percentual de 77.1% dos usuários avaliados e os usuários diabéticos tivemos 34 com exames complementares em dia (77.3%).

Conseguimos identificar os hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, para cumprir este indicador foi importante sua ajuda para a realização dos exames através do SUS, parceria da secretaria da saúde, gestores municipais e equipe em geral, além disso, apresentamos dificuldades com a realização dos exames, por exemplo, existe demora na marcação de exames devido à grande procura e pequena oferta e com a internet na UBS que às vezes não está disponível.

Organizamos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença com ajuda de toda a equipe. A proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, tivemos um total de 150 hipertensos com prescrição da Farmácia Popular (95.5%) e um total de 41 usuários diabéticos (93.2%). Acho isso muito importante, já que diminuem os riscos de abandono do tratamento por falta de dinheiro. Importante contar no município com as farmácias populares, que ajudam aos usuários com a compra de medicamento a baixo custo ou de graça. Os pacientes podem acessar de forma muito econômica e adquirir seus medicamentos a baixos custo e diminuem os riscos de abandono, já que na UBS durante os primeiros meses do ano 2015 temos pouca disponibilidade de medicamentos. Organizamos palestras na UBS sobre alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal em parcerias institucionais para envolver educadores físicos nestas atividades e participação dos usuários com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade em geral.

Foi muito importante seu apoio nesta intervenção, já que conseguimos ótimos resultados, trazendo benefícios para a população, além de reduzir os recursos investidos em tratamentos curativos que são muito mais caros que os tratamentos preventivos e com isto melhorar a qualidade de vida dos usuários com hipertensão

ou diabetes, também penso que vocês podem ajudar melhorando a rapidez dos exames de laboratório, os medicamentos que estão em falta, as consultas de especialidade importante como: oftalmologista, neurologista, cardiologista, endocrinologista(não tem no município), melhorar também o transporte para as visitas a domicílio.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Comunidade do Bairro Fatima

O trabalho foi feito nos meses de abril, maio e junho de 2015. Cadastramos todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos da área adstrita com objetivo geral de melhorar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos. Estabelecemos metas e definimos ações para alcançá-las. Reunimos a equipe toda e nos preparamos para melhorar o atendimento dos usuários com hipertensão ou diabetes. Esta ação vai continuar ocorrendo na rotina da UBS.

A meta foi de 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes que temos inscrita no programa de atenção. A participação de toda a equipe favoreceu a boa evolução do cadastramento dos usuários hipertensos e/ou dos diabéticos.

A cobertura chegou a 158 usuários hipertensos (100%) e dos diabéticos a cobertura foi de 44 para 100%. Terminamos com um total de 135 hipertensos com exame clínico em dia, o que representou 86.0 % e diabéticos 38 com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo (86.4%). Também destaco que alcançamos 121 hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo o que representou 77.1% dos usuários avaliados e 34 diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo (77.3%). Informamos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da unidade de saúde Módulo 38 Bairro de Fatima.

Capacitamos a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou diabéticos e posteriormente orientamos a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal especialmente dos hipertensos e/ou diabéticos. Capacitamos os ACS para exercer suas funções seguindo o protocolo. Monitoramos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) dos usuários com hipertensão e diabetes e organizamos as visitas domiciliares para buscar os faltosos e damos prioridades nas consultas aos hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares sem afetar outros serviços da UBS.

Além da realização de palestras e trocas de conversas com os usuários para ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de

hipertensão e/ou diabéticos além de conseguir esclarecer aos portadores de hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Organizamos práticas coletivas sobre alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal em parcerias institucionais para envolver educadores físicos nestas atividades, e participação dos usuários com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade em geral.

Conseguimos ter um controle de como está a condição de cada usuário hipertenso e/ou diabético. Queremos ajudar ainda mais a comunidade nas questões educativas como realizar palestras em diferentes temas da saúde, não só dos hipertensos e/ou diabéticos, acho que os resultados foram aceitáveis. Para o bem da comunidade e melhorar nosso trabalho a intervenção foi incorporada a rotina do serviço. Para isso ampliaremos o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção da Saúde dos usuários hipertensos e diabéticos. Esta ação é muito importante, pois a informação ajuda as pessoas a tomarem atitudes corretas para melhorar a qualidade de vida, estimulando a comunidade ao exercício físico, fazer uma boa alimentação. Para finalizar, quero destacar o apoio da comunidade para o sucesso de nosso trabalho para a melhora da saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Os líderes da comunidade melhoraram a logística, pois como estão dentro da comunidade, identificam os usuários faltosos e fazem que eles venham as consultas e fazem também os exames.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Desde o começo, fiquei curioso, já que nunca tinha feito um curso a distância e também foi um pouquinho difícil pelo idioma, o qual foi um grande obstáculo, tanto a escrita como a leitura, mas foi sendo superado no transcurso do curso. Também foi necessário para o desenvolvimento dele estudar os protocolos de atuação no Brasil e compreender o Projeto Pedagógico do meu projeto de estudo sobre a melhoria da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, importância que foi para o trabalho da UBS. Destacar o apoio dos diferentes professores que trabalharam durante todo o curso nas orientações, avaliação e revisão das diferentes tarefas e TCC finalmente. Nunca tive problemas com a internet o que possibilitou meu trabalho e envio das tarefas em tempo

Quando falei em UBS Fatima sobre o projeto, nosso trabalho em equipe melhorou e conseguimos trabalhar com a saúde dos usuários com hipertensão ou diabetes tendo-se um atendimento humanizado e de qualidade. Toda a equipe ajudou na realização e no cumprimento das ações do cronograma.

Com relação ao significado na prática profissional, considero muito bom já que tive a possibilidade de adquirir conhecimentos acerca da Estratégia Saúde da Família com muitas coisas novas para mim.

Minha expectativa foi cumprida já que conseguimos cadastrar 100% dos usuários com estas doenças e agora incorporamos todas essas ações em nossa rotina diária da UBS, o qual os usuários e comunidade em geral ficaram muito contentes com nosso trabalho

Creio que os aprendizados mais decorrentes do curso, foram o planejamento das ações em saúde e a organização do processo do trabalho com os membros da equipe. Com relação ao planejamento das ações aprendi que tivemos que trabalhar com os principais problemas da comunidade com os dados obtido na análise situacional da UBS para assim alcançar esses problemas e tentar dar soluções através de trabalhos preventivos no processo de saúde–doença da comunidade e pela organização do trabalho em equipe já que com a união encontramos a força para assim dar resolubilidade as demandas dos usuários.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.


Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo C-Ficha espelho



Especialização em
Saúde da Família
de Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa: ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador: _____ Telefones de contato: ____/____/____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não
 Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible]

**Especialização em
Saúde da Família**

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
FICHA ESPELHO

[illegible]